



POLIZA DE SEGURO DE VIDA – COBERTURA FELIZ CONDICIONES GENERALES

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.

La presente póliza podrá ser comercializada a través del canal Fuerza de Ventas establecido en el Reglamento de Comercialización de Productos de Seguros, aprobado por Res. SBS N° 2996-2010, sus modificatorias o norma que la sustituya en tanto el marco regulatorio lo permita.

La Aseguradora emite la presente póliza para asegurar la vida del Asegurado. Los términos condiciones y cláusulas que regirán el presente contrato de seguro son las siguientes:

1. DEFINICIONES:

- a) **Accidente:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- b) **Accidente Cerebro vascular (ACV):** Entiéndase como tal la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, ocasionando secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y/o son de naturaleza permanente. Esto incluye al infarto del tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-creaneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral, un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible.
- c) **Asegurado Titular:** Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares.
- d) **Asegurados Adicionales:** Son el cónyuge o concubino.
La Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco con el Contratante no corresponda a los permitidos en esta póliza.
- e) **Suma Asegurada:** Es el monto indicado en las Condiciones Particulares que será pagado por la Aseguradora al **Beneficiario** -según se indique en las Condiciones Particulares-, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.
- f) **Beneficiario:** Es la persona natural designada por el **Contratante** en la solicitud de seguro, a quien se le reconoce el derecho a recibir el monto de la indemnización o beneficio establecido en las Condiciones Particulares
- g) **Cáncer:** Definido como una enfermedad donde está presente un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas, contraídos y comenzado luego de la fecha de vigencia de la presente póliza. Se incluye dentro de esta cobertura la leucemia, enfermedad Hodgkin y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros. **Se excluye de esta cobertura los carcinomas no-invasivos in situ, tumores no-invasivos que sólo exhiben cambios malignos recientes, tumores por la presencia del virus de auto-inmunodeficiencia humano (SIDA); Sarcoma de Kaposi y cánceres relacionados con el SIDA; cualquier cáncer de piel que no fuera melanoma maligno.**
- h) **Contratante:** Es la persona natural o persona jurídica que contrata la presente póliza y a quien le corresponde el pago de las primas, para lo cual autoriza a su empleador descontar de su remuneración el

pago de la prima del seguro. Puede contratar el seguro a favor de él mismo, o a favor de su cónyuge o concubino o de sus hijos mayores de 18 años.

- i) **Concubino:** El o la persona con quien el asegurado mantiene una unión de hecho durante dos años continuos y cuyo vínculo se encuentra reconocido judicial o notarialmente.
- j) **Cónyuge:** El o la persona con quien el asegurado mantiene un vínculo matrimonial.
- k) **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro.
- l) **Enfermedad o Accidente preexistente:** Se entiende por enfermedad o accidente preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.
- m) **Empleador:** Persona natural o jurídica, empresa unipersonal, sociedad irregular o de hecho cooperativa de trabajadores entidad de sector público o cualquier otro ente colectivo que provee un puesto de trabajo a una persona física para que preste un servicio personal bajo su dependencia, a cambio del pago de una remuneración o salario. Para efectos de la presente póliza el empleador, previa autorización del Contratante, descontará de la remuneración de éste la prima del seguro, la cual deberá ser transferida e informada a la Aseguradora.
- n) **Infarto al Miorcardio:** Es la muerte de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea hacia una zona relevante. El diagnóstico debe estar basado en todas las siguientes situaciones:
 - Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
 - Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.
 - Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.
 - Estudio radio Istópico del músculo cardíaco.
- o) **Insuficiencia Renal:** Es la disminución anormal y permanente de la función de filtrado renal con retención de productos nitrogenados de desecho y alteración de las funciones metabólicas y endocrinas de ambos riñones, ya sea en forma aguda o crónica y que al no responder al tratamiento médico ordinario y regular, se hace indispensable realizar una diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal. El diagnóstico radica en una urografía excretoria, ecografía renal, dosaje de úrea, creatinina, hemograma y de ser necesario un examen de resonancia magnética.
- p) **Interés Asegurable:** Es el interés de carácter económico que tiene el Contratante y/o Asegurado de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo la presente póliza.
- q) **La Aseguradora:** Es la Positiva Vida Seguros y Reaseguros que emite la presente póliza, asume los riesgos derivados y otorga las prestaciones según lo pactado.
- r) **Póliza:** Es el documento emitido por la **Aseguradora** que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la **Aseguradora** y el **Contratante**. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada, esto es, cláusulas adicionales, solicitud del seguro, cuestionario o declaración personal de salud y exámenes médicos, cuando corresponda; y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato, esto es los endosos respectivos.

Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.
- s) **Planes:** Programas o alternativas ofrecidas por La Aseguradora que incluyen diferentes sumas aseguradas y primas. El Plan se determina al momento de contratar el seguro y puede ser modificado previa solicitud por escrito de El Contratante, originando el endoso correspondiente y el pago de la prima.

- t) **Prima:** Es el valor determinado por la **Aseguradora** como contraprestación o precio por las coberturas de seguro contratadas, que debe ser pagada con la periodicidad establecida en el condicionado particular, a efectos de mantener vigente la presente póliza.
- u) **Siniestro:** Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.

2. OBJETO DEL SEGURO:

El presente contrato tiene como objeto otorgar las coberturas y sumas aseguradas establecidas en las presentes condiciones generales, en las condiciones particulares, cláusulas adicionales y especiales a favor del **Beneficiario**. El **Contratante** y/o **Asegurado** se obligan al pago de la prima convenida.

El Asegurado Adicional, de ser el caso, en la fecha de suscripción del contrato de seguro autoriza de forma expresa al Contratante, a tomar a su favor las coberturas establecidas en el presente contrato. En dicho supuesto, el Asegurado Adicional podrá revocar en cualquier momento su consentimiento a través de una comunicación escrita. Desde la fecha de recepción de la comunicación del Asegurado Adicional, La Aseguradora cesa la cobertura y el Contratante tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo en que la póliza estuvo vigente.

Los importes de las coberturas de este seguro y el monto de la prima están detallados en las condiciones particulares que forman parte integrante de la presente póliza.

3. COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA:

- **Muerte Natural:** En caso de fallecimiento por causas que no correspondan a un accidente, la **Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios** las sumas aseguradas señaladas en las **Condiciones Particulares**, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza.
- **Muerte Accidental:** La **Positiva Vida** pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura según el plan contratado, cuando ocurra el fallecimiento del **Asegurado** a consecuencia directa e inmediata de un accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de La **Aseguradora** que la muerte sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como muerte accidental al fallecimiento que ocurra a más tardar dentro de los 90 (noventa) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente.
- **Renta Mensual por Muerte Natural:** En caso de fallecimiento por causas que no correspondan a un accidente, la **Aseguradora** pagará a los **Beneficiarios**, una renta mensual durante doce (12) meses conforme a lo señalado en las **Condiciones Particulares**.
- **Renta Mensual por Muerte Accidental:** La **Aseguradora** pagará una renta mensual durante doce (12) meses según el plan contratado, cuando ocurra el fallecimiento del **Asegurado** a consecuencia directa e inmediata de un accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de La **Aseguradora** que la muerte sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como muerte accidental al fallecimiento que ocurra a más tardar dentro de los 90 (noventa) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente.
- **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** La **Aseguradora** pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares en caso de invalidez total y permanente por accidente del **Asegurado**:

Se entenderá que se ha producido una invalidez total y permanente, en aquellos casos que se produzca la pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que genere un menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad para el trabajo del Asegurado debido a accidentes ocurridos durante la vigencia del seguro.

La invalidez total y permanente por accidente es aquella que se manifieste a más tardar dentro de los veinticuatro (24) meses de producido el accidente producido durante la vigencia de la póliza.

Una vez recibida esta indemnización, el Asegurado inválido será retirado de la póliza en forma automática, liberándose la Aseguradora de toda obligación y responsabilidad para dicho asegurado, a excepción de la cobertura de Desempleo por Invalidez.

- **Desamparo Súbito Familiar:** La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para la presente cobertura, cuando el fallecimiento del Asegurado y su cónyuge o concubino ocurran como consecuencia de un mismo accidente y a más tardar dentro de los siguientes 30 días calendario de ocurrido el mismo.
- **Enfermedades Graves al diagnóstico:** La Aseguradora pagará al Asegurado la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para la presente cobertura, en caso al Asegurado se le diagnostique clínicamente alguna de las siguientes enfermedades: Infarto al miocardio, Accidente cerebro vascular, cáncer e Insuficiencia Renal.
Es requisito para otorgar esta cobertura que la enfermedad se diagnostique durante la vigencia de la póliza y luego de terminado el período de carencia. El período de carencia para esta cobertura es de noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro. Esta cobertura se pagará una sola vez por Asegurado ante el diagnóstico de alguna de las enfermedades anteriormente mencionadas. Por lo tanto, luego de pagada la indemnización, esta cobertura será automáticamente excluida para dicho Asegurado.
- **Desempleo por Invalidez Total y Permanente por Accidente o por Enfermedad Grave al diagnóstico:** La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para la presente cobertura, en caso de cese del empleo del Asegurado a consecuencia de una Invalidez Total y Permanente por Accidente o por alguna de las enfermedades indicadas en la cobertura de enfermedades graves al diagnóstico. El pago de esta cobertura se realizará cuando finalice el vínculo laboral con el empleador.
- **Deuda con el Empleador:** En caso que el Asegurado tenga un préstamo con su empleador y al momento de su fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Accidente, la deuda se mantuviera, La Aseguradora pagará al empleador el importe correspondiente al saldo de la deuda a la fecha de fallecimiento o al diagnóstico de la Invalidez Total y Permanente por Accidente, considerando como límite máximo la Suma Asegurada establecida en las condiciones particulares de la presente póliza.
Esta cobertura surtirá efecto siempre y cuando la deuda se hubiere contratado con anterioridad al diagnóstico de la enfermedad y/o Invalidez Total y Permanente por Accidente y el empleador cumpla con presentar copia legalizada del contrato de préstamo correspondiente. Si el saldo de la deuda fuese menor a la Suma Asegurada indicada en las condiciones particulares, la Aseguradora solo pagará el monto correspondiente al saldo de la deuda.

La Aseguradora podrá otorgar coberturas adicionales de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

4. EXCLUSIONES:

La presente póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia directa o indirecta de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- a) Enfermedad o accidente pre-existente a la contratación del seguro, según la definición del numeral primero.
- b) Suicidio consciente o inconsciente, estando o no el Asegurado en su sano juicio, dentro de los 02 (dos) primeros años de vigencia del seguro.
- c) Guerra Civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- d) Eventos catastróficos de la naturaleza, terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
- e) Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- f) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- h) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- i) Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- j) Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales, práctica de "surf" y "puenting".
- k) Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos y siempre que guarde relación causal con el accidente. A estos efectos, se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.50 gr/lit de alcohol en la sangre, según dosaje etílico, o cuando el Asegurado sea conductor de un vehículo de transporte público.
- l) El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Cuerpo General de Bomberos y Equipos de Rescate, así como las funciones o actividades relacionadas con servicios de seguridad y vigilancia que requieran portar armas.

5. CELEBRACIÓN, INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

El presente contrato de seguro queda celebrado por el solo acuerdo entre el **Contratante** y **La Aseguradora**, no obstante ello, el inicio de las coberturas contratadas estará condicionado al pago de la prima convenida.

En la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la prima, **La Aseguradora** cubrirá el pago de dicho siniestro, oportunidad en la cual se devengará el total de la prima acordada, la cual será descontada de la indemnización correspondiente.

6. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

El contrato de seguro se renovará automáticamente en las mismas condiciones pactadas en la fecha de su celebración al término de la vigencia establecida en las condiciones particulares y siempre que el Contratante y/o Asegurado cumpla con pagar la prima correspondiente.

7. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

7.1 El contrato de seguro termina sin necesidad de aviso o comunicación alguna, en cualquiera de los siguientes supuestos:

- a) Cuando la Aseguradora pague la cobertura o la suma asegurada contratada.
- b) A partir del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las condiciones particulares de la póliza.
- c) Por el transcurso del plazo de noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato, en caso que La Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral. En dicho supuesto, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.
- d) Cuando se resuelva el vínculo contractual entre el Asegurado y El Empleador. No obstante ello el Asegurado podrá continuar con el contrato de seguro, debiendo para tal efecto acercarse a las oficinas de la Aseguradora en un plazo de quince (15) días calendarios previos el cese laboral, a fin de suscribir o afiliarse a una nueva forma de pago de la prima correspondiente.

7.2 La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de la prima en caso La Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 21° de la Ley del Contrato de Seguro.
- b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días, pudiendo para tal efecto, emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que utilizo para contratar el seguro.
En la fecha que se efectúe la resolución contractual, El Contratante deberá solicitar por escrito en las oficinas de la Aseguradora, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.
- c) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes

correspondientes, que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días por El Contratante facultará a la Aseguradora a resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días mencionados precedentemente.

La Aseguradora tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

Cabe precisar que si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, la indemnización debida se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto.

- d) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante conforme a lo señalado en el numeral 16 siguiente, en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo transcurrido.

Asimismo, para los casos en que el Contratante y/o Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, La Aseguradora queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- (i) El Contratante y/o Asegurado incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- (ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La Aseguradora.
- (iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- (iv) La Aseguradora conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales (i), (ii) y (iii) precedentes, La Aseguradora tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al Contratante, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 7.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.

En aquellos supuestos en que la resolución del contrato de seguro sea efectuada por La Aseguradora y el contratante tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerla efectiva directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendarios de recibida la comunicación que informa la resolución del contrato de seguro. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar

7.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro y desde el momento de su celebración.

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- a) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- b) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.
- d) Por declaración inexacta de la edad del asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En caso de nulidad, La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses, excepto cuando el Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa y respuesta en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

En los casos de reticencia y/o declaración inexacta no procede la nulidad, revisión o resolución del contrato, cuando:

- i) Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.
- ii) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.
- iii) Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que la Aseguradora incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La Aseguradora igualmente celebró el contrato.
- iv) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

8. PRIMA:

Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura del Asegurado durante el plazo de vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos en las condiciones particulares.

El pago de la prima se realizará a través del descuento en la remuneración del Contratante, realizado por el empleador correspondiente según lo indicado en las Condiciones particulares. Dicho empleador deberá enviar mensualmente a la Aseguradora, la relación de Asegurados por quienes se ha realizado el descuento en su planilla, fin de realizar el pago correspondiente de la prima del Seguro. Será responsabilidad del contratante, el verificar que los pagos de primas se realicen satisfactoriamente. La



Aseguradora no será responsable de las omisiones o falta de diligencia que produzca atraso en el pago de primas.

A falta de pago de las primas, La Aseguradora - vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro) - comunicará al Contratante y/o Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha pactada para el pago de la prima, indicada en las condiciones particulares, que en caso no regularice el pago de la prima adeudada, la cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de la fecha que se le indique como plazo para cancelar dicha prima. La Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, La Aseguradora podrá optar por resolver el contrato de seguro. Para tal efecto, comunicará al Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro por falta de pago de prima.

Sin embargo, en caso que la Aseguradora no haya comunicado su decisión de resolver el contrato de seguro, la cobertura podrá ser rehabilitada hacia el futuro, siempre que el Contratante cumpla con pagar la totalidad de las cuotas o primas vencidas. La cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel que se cancela la obligación pendiente de pago.

Si La Aseguradora no reclama el pago de la prima –por la vía judicial o arbitral- dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido. Para estos efectos, no se considerará como “reclamo de pago de prima”, el envío de la alguna comunicación, a través de la cual se informe al Contratante del incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, y/o se indica el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura de seguro.

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de cobertura antes indicada o durante el plazo de los noventa (90) días antes referido, la prima adeudada por el Contratante y/o Asegurado será deducida del beneficio correspondiente.

9. EDAD:

Podrá ingresar como asegurado bajo la presente póliza cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de la edad máxima de contratación establecida en las Condiciones Particulares, a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer como asegurado sólo hasta la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

La comprobación y/o acreditación de la edad declarada por el **Asegurado** podrá efectuarse en cualquier momento, mediante documento oficial.

Sin perjuicio de la nulidad indicada en literal d) del numeral 7.3, si se comprueba inexactitud en la edad del **Asegurado**, se aplicarán las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **La Aseguradora**.
- b) Si es menor, se rectificaran las primas en el futuro y se devolverá el exceso de primas percibidas, sin intereses.

10. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Para atender la solicitud de cobertura por fallecimiento se deberá entregar a la Aseguradora los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

10.1. Para la cobertura de Muerte Natural y Renta Mensual por Muerte Natural:

- a) Certificado Médico de Defunción.
- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado.
- c) DNI del Asegurado.
- d) DNI del Beneficiario, de haberlo.
- e) Historia clínica completa, foliada y fedateada.

En caso de Muerte Accidental y Renta Mensual por Muerte Accidental , se deberán presentar adicionalmente los siguientes documentos:

- a) Atestado o Informe Policial Completo.
- b) Protocolo de Necropsia.
- c) Dosaje Etílico.
- d) Resultado del examen toxicológico.

10.2. En caso Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) DNI del Asegurado.
- b) Historia Clínica del Asegurado.
- c) Certificado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, expedido por cualquiera de las siguientes autoridades competentes: MINSA, EsSalud, COMAFP, INR, COMEPS, cualesquiera de ellas, en donde se señale el grado de menoscabo y la fecha de ocurrencia.
- d) El Atestado o Informe policial completo.
- e) Dosaje etílico.
- f) Resultado del examen toxicológico.

10.3. Para la cobertura de Deuda con el Empleador:

- a) Los documentos señalados en el numeral 10.1 o 10.2, según corresponda.
- b) Adicionalmente deberá presentar copia legalizada del contrato suscrito por el Empleador y el Asegurado que sustente el préstamo, así como copias legalizadas de las boletas o planillas de pago que demuestren el saldo de la deuda a la fecha del siniestro.

10.4. Para la cobertura de Enfermedades Graves al diagnóstico:

El DNI del Asegurado y la Historia Clínica. Además, se deberá presentar los siguientes documentos, según el tipo de enfermedad:

Infarto al Miocardio:

- a) Electrocardiograma
- b) Enzimas cardiacas
- c) Estudio Radio Isotópico del musculo cardiaco.

Insuficiencia Renal:

- a) Urografía Excretoria
- b) Ecografía Renal
- c) Dosaje de úrea

- d) Creatinina
- e) Hemograma
- f) Examen de Resonancia Magnética

Accidente Cerebro Vascular (ACV):

- a) Evolución de Neurología

10.5. Para la cobertura de Desempleo por Invalidez Total y Permanente por Accidente o por Enfermedad Grave al diagnóstico:

- a) Los documentos señalados en los numerales 10.2 ó 10.4 según corresponda.
- b) Adicionalmente, el Asegurado deberá presentar Copia legalizada de la constancia emitida por el empleador y su Liquidación de Beneficios Sociales.

10.6 Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar:

- a) Certificado Médico de Defunción del Asegurado y su Cónyuge o concubino.
- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado y su Cónyuge o concubino.
- c) Copia de la Partida de Matrimonio donde se evidencie el matrimonio del Asegurado con el cónyuge también fallecido, o la sentencia judicial consentida y ejecutoriada o testimonio de la declaración de unión de hecho en caso de tratarse del concubino.
- d) DNI del Asegurado y Cónyuge o concubino.
- e) DNI de los Beneficiarios.
- f) El Atestado o Informe Policial Completo.
- g) Protocolo de Necropsia del Asegurado y su cónyuge o concubino.
- h) Dosaje Etílico del Asegurado o su cónyuge o concubino.

10.7 Para la cobertura de Cancer

- a) Resultado de Examen Anatómico Patológico

En aquellos casos en que no exista designación de Beneficiario se deberá presentar testimonio y copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas de la Aseguradora, en un plazo no mayor a 360 días posteriores contados desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza.

Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la Aseguradora se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

El teléfono de la Aseguradora son 01-211-0-222, en la ciudad de Lima y en provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositivavida.com.pe

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente.

La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al Contratante y/o Asegurado para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias

relacionadas con el siniestro. En caso que el Contratante y/o Asegurado no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la Aseguradora, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La Aseguradora o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares o el Asegurado, La Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

11. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

El Contratante y/o Asegurado, o sus beneficiarios perderán el derecho a ser indemnizados, quedando La Aseguradora relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso que exista más de un beneficiario, la actuación dolosa o engañosa de uno no afectará el derecho de los demás beneficiarios, salvo que éste actúe debidamente facultado en representación de éstos.

12. AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA:

El **Contratante** y el **Asegurado** autorizan expresamente a la **Aseguradora**, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

13. QUEJAS Y RECLAMOS:

El **Contratante**, **Asegurados** y los **Beneficiarios** podrán presentar sus quejas y/o reclamos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de su recepción.

14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El **Asegurado** y el **Beneficiario**, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307 Piso 9, San Isidro, Lima, Teléfono 01-421-0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y La Aseguradora sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la **Aseguradora**.

15. INDISPUTABILIDAD:

Esta póliza será indisputable, es decir, la **Aseguradora** no podrá invocar reticencia o falsa declaración, una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contados a partir de la fecha de celebración del contrato, excepto en los casos que medie actuación dolosa del **Contratante y/o Asegurado**.

16. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Todas las comunicaciones por La Aseguradora al Contratante y/o Asegurado deberán realizarse por escrito o a través del correo electrónico que se señala en la solicitud de seguro.

Para los efectos del presente contrato La Aseguradora, el Contratante y/o Asegurado señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las condiciones particulares, en donde se notificaran válidamente los avisos y comunicaciones físicas en general.

Si el Contratante y/o Asegurado cambiara de domicilio o de correo electrónico, deberán comunicar tal hecho a La Aseguradora por escrito. Todo cambio de domicilio o de correo electrónico que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

17. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todo litigio o controversia, resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes.

El Contratante y/o Asegurado puede pactar con la Aseguradora someter cualquier diferencia que guarde relación con el monto reclamado, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado por el Asegurado fuese igual o superior a 20 UIT.

18. CONSENTIMIENTO PREVIO:

Se deja expresa constancia que el Contratante y/o el Asegurado han otorgado su consentimiento expreso para que su silencio sea asumido como una aceptación a los cambios en las condiciones y términos de la póliza comunicados por La Aseguradora de manera previa a la renovación del seguro, siempre y cuando La Aseguradora cumpla con comunicar tales modificaciones dentro de los cuarenta y cinco (45) días previos a la entrada en vigencia de las mismas, de conformidad con lo establecido en las disposiciones legales vigentes.

19. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza de seguro sea comercializada a través del canal Fuerza de Venta, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de esta póliza por dicho canal de comercialización, el Contratante podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

Para tal efecto, el Contratante/Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos o medios que usó para la contratación del seguro.

20. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

20.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación de La Aseguradora por medio de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por La Aseguradora; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

En caso la propuesta de modificación enviada por La Aseguradora sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

20.2 Durante la vigencia del contrato, la Aseguradora no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por La Aseguradora y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

21. PROTECCION DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el **Contratante/Asegurado** queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la **Aseguradora**, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La **Aseguradora** utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la **Aseguradora** utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al **Contratante/Asegurado** información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El **Contratante** reconoce y acepta que la **Aseguradora** podrá encargarse del tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el **Contratante/Asegurado** son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el **Contratante** decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la **Aseguradora**.

Conforme a ley, el **Contratante/Asegurado** está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.